

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

H. 文献

- (1)黒子幸一 (2008).「高齢者施設における緩和ケア」, 緩和ケア, vol.18.No.3, pp.199-203
- (2)内田千佳子, 山田雅子 (2008).「高齢がん患者の緩和ケア」, 緩和ケア, vol.18.No.3, pp.214-219
- (3)小楠範子, 荻原久美子 (2007).「特別養護老人ホームで働く職員の終末ケアのとらえ方」, 老年社会科学, 第29巻第3号, pp.345-354
- (4)佐々木恵, 新井明日奈, 荒井由美子 (2008).「要介護高齢者における死亡場所の希望と実際—訪問看護師による把握—」, 日本老年医学会雑誌, vol.45.No6, pp622-626
- (5)厚生労働省.「終末期医療に関する調査等検討会報告書」(2004), <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html#mokuji>
- (6)厚生統計協会 (1997).「平成7年度人口動態社会経済面調査」
<http://www1.mhlw.go.jp/houdou/0806/0629-1.html>
- (7)厚生統計協会 (2008).「国民衛生の動向」
- (8)社団法人日本老年医学会 (2001).「「高齢者の終末期医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」」, 日本老年医学会雑誌, vol.38, pp.582-583
- (9)内藤通孝 (2002).「高齢者終末期医療の自己決定実現のために」, 日本老年医

学会雑誌, vol.38, pp.567-571

- (10)全国認知症グループホーム協会 (2007).「認知症グループホームにおける看取りに関する研究事業報告書」
- (11)全国認知症グループホーム協会 (2007)(2006).「認知症グループホーム事業実態調査」

がん患者の療養環境グランドデザインに関する一考察

研究分担者 鈴木 珠水（群馬パース大学保健科学部）
研究協力者 馬醫世志子（群馬パース大学保健科学部）

研究要旨

12箇所の病院（がん拠点病院10箇所、他病院2箇所）を見学したデータベース;1235枚の写真と記述データを基に、「がん患者療養環境」に対する提言となる項目を抽出した。

1.情報環境では、①アクセスしやすい相談支援センター②がん関係の冊子・ちらしのディスプレイ③図書コーナーの充実④インターネット環境の整備が必要。2.標識は言葉だけでなくマークも取り入れる。3.心地よい音とそうでない音を区別し、音を出さない工夫が必要。4.“におい”には「臭い」と「匂い」があり、「臭い」は出さずに排除し、「匂い」は調整が不可欠である。5.“光、自然”をうまく取り入れることは療養環境を豊かなものにする。6.“新しい医療”では①ホテルクオリティのルームサービス②日常生活密着型リハビリテーション③在院日数の短い緩和ケア病棟④補完療法の試みがある。7.入浴設備の充実と入浴実施への医療者の意気込みが患者のQOLを上げる。8.療養環境評価項目は追加修正が必要。9.療養環境改革において、五感を駆使した視点を重視することと、療養環境に対する医療者の意識向上の必要性は最重要課題である。

A. 研究目的

がん拠点病院の条件は「がんの手術治療、抗がん剤治療、放射線治療が一定の基準を満たし、複数の診療科が協力して診療を行えること、セカンドオピニオンの対応、緩和医療が提供でき、地域の病院や診療所との連携体制を有していることなど」である。また、「専門スタッフとして、医師、薬剤師、看護師、臨床心理士、ソーシャルワーカー、放射線技師、などの人的環境」と、「専門的治療室や相談支援センターの設置、禁煙対策、院内がん登録などの設備やシステム」も条件になっている。

しかし、それらの条件の他は全て個々の病院に任されており、一部の人々を除いては、自由にごん拠点病院を選択することさえ、経済的、身体的、精神的に困難が予測される。明文化されている「がん拠点病院の条件」以外に、がん患者が

cure と care を受けるために必要とする療養環境はどのようなものか。がん患者の療養環境に対する提言となる項目の抽出を研究目的とする。

B. 研究方法

2年間で12箇所の病院（がん拠点病院10箇所、他病院2箇所）を見学し、そのデータベースを基に、「がん患者療養環境」に対する提言項目を抽出した。

対象病院概要を表1に示す。

データは主に写真を使用し、撮影した写真1235枚を中心に分析を行った。

病院玄関からの距離計測は研究者の歩幅で計測した。

（倫理面への配慮）

写真撮影時は、患者やスタッフが写らないように配慮した。

C. 研究結果

I 情報環境

情報収集は、本や雑誌の他に、パソコンが重要な情報収集ツールとして活用されていると考えられる。パソコンで得られる医療・医学情報は、“病気や治療について”から、“病院に関して”、や“その病院の口コミ”まで多種にわたる。ホームページが美しく機能的であると、その病院も美しく機能的に医療提供されていると錯覚する傾向がある。

ホームページの美しさや見やすさは、病院の意識を象徴すると共に、インターネットができる世代をターゲットにしていると考えられるが、医療の質が比例しているかどうかは、実際にその病院に行ってみる、もしくは利用してみないとわからないことが多い。

また、インターネット主体で情報収集できる患者ばかりではないため、紙媒体や人を介しての情報も有用であると考えられる。

1. 相談支援センターのアクセシビリティ (表1参照、対象病院c~lのがん拠点病院)

がん拠点病院の病院エントランスから相談支援センターまでの距離を計測した。

平均約 29.4m (7~68m) であった。エントランスから遠くても、標示が親切なら迷わず行けると思われるが、エントランスから最も遠い場所にセンターがあった病院は標示がわかりづらく、必ずしもエントランスからの距離を考慮して標示を行っている病院ばかりではなかった。

また相談支援センターの名称が様々で、各院内にも同じような名称がいくつかあり、どこに行けば何の相談が受けられるのか不明瞭なところも見受けられた。

2. がん関係のちらし

がん関係のちらしが患者に対してどのようにディスプレイされているかは、その病院の姿勢が患者にどう向き合っているのかを知ることにつながった。

表1 病院概要と病院エントランスから相談支援センターまでの距離

病院	運営母体	病床数(約)	相談支援センター名称	病院エントランスから相談支援センターまでの距離(約)
a	医療法人	170		
b	医療法人	250		
c	独立行政法人国立病院機構	250	地域医療連携室	9m
d	生活協同組合	350	地域連携室・相談支援室	19m
e	独立行政法人国立病院機構	200	地域医療連携室・相談支援センター	38m
f	国立大学法人	550	医療福祉相談部	68m
g	市	500	相談支援センター	56m
h	地域医療組合	500	相談支援センター	18m
i	県	350	相談支援センター	50m
j	独立行政法人国立病院機構	450	地域医療連携室・がん診療相談支援室	7m
k	市	400	地域医療相談支援センター	11m
l	市	350	地域医療連携室・相談支援センター	18m

がん診療拠点病院

<c 病院>



<i 病院>



<k 病院>



d 病院では、各外来のいたるところにがん関係のちらし（病院が作成したオリジナルのものを含む）がビニールポケットに入れられており、取りやすいように工夫されていた。がんになった人だけでなく、予防の見地からもがんを知ってもらおうとする姿勢が見られた。

また点字のがん関係の資料が置かれていた病院は、対象病院では d 病院だけであった。

<d 病院>



<d 病院>



* 最下段左の資料が点字のもの。

3. 図書コーナー

静岡県立静岡がんセンターの「あすなろ図書館」のような図書コーナーを設置するのは難しいが、それに近づくべく努力をしている病院があった。100 冊以上のがん関係の書籍があり、コーナーを設けて整理されていた。その他、医学関連以外の書籍もあり、気分転換や家族との談笑の場、待ち時間を過ごす場として、自由に使用されていた。

<c 病院>



また、a 病院ではブックディレクターに、患者の意欲を引き出すような図書選択、図書ディスプレイを依頼していた。

a 病院の図書コーナーは情報収集のための図書ではない。「病院ですが、病気の本は一冊も置きません」という明確なコンセプトを打ち出し、リハビリに“効く”書籍を選んでディスプレイされている。

今までの興味関心を深めるような本、時間がなくて今までなかなか読めなかった本、無関心だったが面白いと思える本との出会いなどを通して、本をめぐる行為自体をリハビリと考え、めくりたくなる本を選んでいった。

<a 病院>



4. インターネット環境

将来的には自分のパソコンを持参している患者に対し、無線LANコーナーが、空港やホテルのように整備されることを望む。各個室にLANケーブルが整備されていることを望む患者は多いと思うが、対象病院では整備されていなかった。

i 病院では、インターネット使用は課金性を取っていた。設置場所が人通りの多い場所で落ち着かない感じがした。プリンターもなく、見るだけであった。

メールの確認がしたい、自分のブログを更新したいというニーズが今後高まると予測できるため、インターネット環境の整備は急務である。

<i 病院>



<c 病院>



c 病院は2台のパソコンが無料で使用でき、病院のホームページからすぐ国立がんセンターにアクセスできるようにパネルが貼ってあり、使いやすかった。

また用紙は大切に使用するよう注意喚起しながらも、印刷が無料でできるようになっており、患者やその家族が利用している姿が頻繁に見られた。

パソコンの右となりにあるのは、「お客様の声」記入コーナーで、その横に「声に対する回答」が貼られていた。

II 標識

患者にとって、病院環境は非日常である。病気そのものでの疲労と、慣れない環境、聞きなれない説明と長い待ち時間でさらに疲労し、かつ緊張も伴うため、移動の導線は短く、標識はわかりやすくされるべきである。言葉ばかりではなく、視覚的に理解できるマークはわかりやすい。外国人患者にとっても有用である。

視覚障害者に対する標識は見られなかった。

<i 病院>



<a 病院>



III 音

療養環境の音には、心地よい音とそうでない音の二つが存在する。

a 病院では、BGM アメニティディレクターが、リハビリのモチベーションを保つため、焦ったりイライラしないような音楽をこの病院用に選択し、CD化して流していた。きれいな空気のように存在する音楽は耳に直接入る感じではなく、聴こうとしないと入らないような感じであった。

b 病院のエントランスではグランドピアノの自動演奏が行われており、華やかな雰囲気を作り出していた。壁面の映像

は同病院の天文台から映し出された月の映像であり、病院の特色や奥行きを出していた。

<b 病院>



病棟では、ワゴンの音が気になるものである。夜間では廊下に響き渡り、不眠を助長させる。療養者にとって、医療者の出す音は騒音である。ナースコールを押した療養者にとっての看護師の靴の音は助けが来る合図であるが、そうでない療養者にとっては騒音である。

a 病院では無駄な音を出さない配慮のため、ワゴンを使用されない。看護師は、血圧計や体温計、酸素飽和度測定器などを入れたトートバッグを持ってラウンドしていた。筆記用具などは衣類の前面ポケットに入れると患者を傷つける凶器になるリスクもある。これらに対応するため、この病院では背面ウェストポーチを活用していた。医療専門道具をトートバッグに入れ、ノート筆記用具などはウェストポーチと分けて使用していた。点滴治療のある病棟ではワゴン使用が不可欠であるが、ワゴンの音を最小限にする商品開発も必要である。

電子カルテへの入力、端末やパソコンをワゴンで持ち歩くのではなく、廊下に複数個所の入力ブースで行われていた。入力が終了し、ブース不要のときは、扉で隠せるようになっている。

不必要な音を排除していくにはどのような方策が必要か、その重要性をこれらの工夫は教えてくれている。

<a 病院；
ワゴンの代わりにトートバッグ>



<a 病院；背面ウェストポーチの活用>



<a 病院；入力ブース>



IV におい

においに関して配慮をしている病院はまだ多いとはいえなかった。

エントランスからトイレの芳香剤（壁設置、電気モーターで芳香を拡散するタイプのもの）の臭いがきつく、トイレに入ると頭痛がするほどの病院があった。

一方、a 病院では常勤のアロマセラピストがアロマディフューザーを用い微量のオーガニックエッセンシャルオイルを

エントランスで香らせていた。良質なエッセンシャルオイルの質・香りの選択と、ディフューザーに滴下する量の調整が必要である。この必要条件が満たされないと、頭痛や吐き気の原因になり、“匂い”すぎて“臭い”になる危険性が高い。

<a 病院;エッセンシャルオイル>



専門家がいなければ、無臭であることを心がける必要がある。透析室や外来化学療法室などは清潔・滅菌に近い環境であることが要求され、ある病院では微かな塩素の臭いを感じた。嗅覚に敏感である患者や、嘔気がある患者にとっては微かであっても強く知覚されることもある。化学物質を含め、臭いがない環境作りは今後重要な視点となってくる。

緩和ケアではアロマが活用されているが、“このエッセンシャルオイルにはこのような効用がある”という使用方法ではなく、“患者の好み”で使用されていた(c, l 病院)。

<a 病院 ; アロマテラピールーム>



c 病院、l 病院ではエッセンシャルオイルを用いたケアは病棟看護師が行い、アロマテラピーの勉強をしている看護師が

キャリアオイルやエッセンシャルオイルの使用法を他看護師に指導していた。

下肢に浮腫が出現している患者に対し、空気圧でマッサージをするエアマッサージ機を 30 分程度使用し、その後にエッセンシャルオイルを使ったオイルマッサージを施す使用方法が多かった。

<c 病院>



<l 病院>

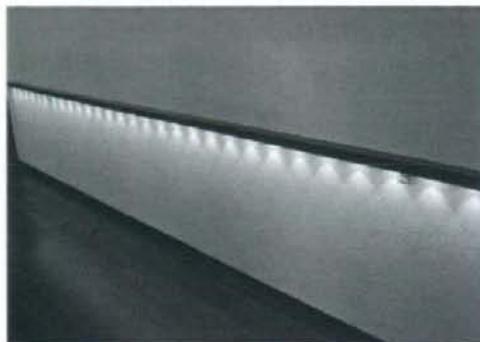


V 光、自然

採光（自然光）と、照明の光の調和、自然の緑や木材などを療養環境に配していると、とても心が穏やかで落ち着く。都会の病院であっても、緑を配置する工夫はできる。田舎であれば、手付かずの自然をそのまま借りることもできる。病院の立地条件として空調に頼り過ぎず、窓の開閉で空気質や温度が調節でき、自然の恩恵を受けられる場所が必要である。

採光は光が入りすぎず、直接光が目に入らない工夫と、照明も同じくやわらかく照らす感じの演出が求められる。

<a 病院；手すりと間接照明
～足元を明るく…優しい配慮>



<a 病院；
居室前のプライベートガーデン>



<a 病院；自然光と照明の調和>



<b 病院；温室と庭>



<a 病院；都会の病院での工夫>



<l 病院；前面窓のラウンジ>



< l 病院；居室前庭 >



< l 病院；居室前庭の工夫 目隠し翼 >



各居室前から庭に出ることができる。壁から翼のように張り出した目隠しにより、人に病む姿を見せない工夫が施されていた。気にしない人は前に出ればもっと太陽光を浴びることができる。

< c 病院 >



庭に配された煉瓦敷きの通路は車椅子やストレッチャーでも散歩ができる。庭の手入れはボランティアが行っている。手を入れすぎない野生の自然が力強い。

< c 病院；家庭のような雰囲気とほっとする雑然さ >



オーディオ類、絵画、アップライトピアノもある。ハイサッシからは自然光が入り、部屋の中には観葉植物が置かれ、家庭の雑然さがほっとする空間を作っていた。

< c 病院；自然光が入る浴室 >



VI 新しい医療

リハビリテーション専門の a 病院では、専門サービスを機能的に提供するために完全な業務分業を行っていた。病室ではなく“居室”という言葉が使用されていた。

1. ホテルクオリティのルームサービス

一般的な病院のシーツ交換は週に 1 回である。しかし、ベッドメイキングを毎日行える病院は多いとは言えない。

汚しそうなリスクの高い患者には腰や臀部のあたりにラバーシーツを敷くなどの対応をする。排泄物の汚れは時間が経過すると臭気もひどくなるので、その都度、交換をするようになっているが、食物や滲出液などがついたシーツはその都度とは行かない現状がある。

しかし、この a 病院では、患者がリハビリをしている間に、ルームメイク（ベッドメイキング、ルームクリーニング、備品のバスタオル・フェイスタオルの交

換、歯ブラシ・麵棒などの整容品類の補充)と、病棟全体のクリーンアップを行っていた。汚れていないシーツも掛け布団も一晩の睡眠で雑然となる。これらの業務は専任のクリーンチームが行っていた。シーツ交換は無料個室で1週間に1回(有料個室の場合は週2回)である。これらはアメニティ料として1日1000円かかるが、療養者のモチベーション向上が治療の相乗効果をもたらしていると考えられる。

リハビリから帰室すると、生まれ変わった部屋に歓迎されるシステムである。「このシステムにより、寝たままの患者がいなくなり、部屋にいる患者もおらず、居室外で過ごす時間が大幅に増加し、リハビリを中心としたメリハリのついた生活展開ができたことが成果」とのことであった。

a 病院では食事はベッド上では摂らず、必ず食堂で摂取するため、シーツの食物汚染は少ない。しかし、日々のシーツ交換やベッドメイキングは在宅の日常生活だけでは出し切れないリズムであり、病院という非日常でのプログラムされた生活の中でのリズム作り、アポトーシスのシステムを見ているようであった。

<a 病院；アメニティカート>



病院を“日常に近づける”のではなく、病院を“病院から遠ざけ”、限りなく在宅で起こりうる危険を日常生活リハビリテーションに組み込み、在宅を超えた居室でリラックスしながら脳を活性化するよう仕組まれていた。治療、療養目的に応じて、病院環境やプログラム、人員配置を調整していくことは、簡単ではないが

挑戦していくべき課題である。

a 病院の改革成功の鍵は、医療専門家のコンセプトを実現するために集められた非医療者専門家集団である。

がん療養環境を考えるとときに、このような斬新な視点を組み込むことも今後必要であると考えられる。

<a 病院；ベッドメイキング後>



2.日常生活密着型リハビリテーション

一般にリハビリはリハビリ室か、ベッド周辺または病棟で行うことが多いが、a 病院では廊下や食堂、屋外、階段全ての病院環境をリハビリの場としていた。

天気のよい日は、ウッドデッキに出てリハビリを行っていた。“風や光を感じながら行う”、“自然の力を借りる”リハビリの効果は計り知れないものがある。

<a 病院；ウッドデッキでのリハビリ>



3.在院日数の短い緩和ケア病棟

二次医療圏単位で地域住民が必要なサービスを受けられるように、がん拠点病院と訪問看護ステーションなどを含めた

包括的医療サービスを提供しているところでは、緩和ケア病棟は「緩和」及び「病状調整」に貢献しており、在院日数が短かった。しかし、ホスピスマインドを中心に据え、浮腫に対するアロマを用いたマッサージや入浴支援など充実させていた。このタイプの特徴は、患者・家族教育、包括的医療サービスの連携調整に時間を要することであった。ホスピス、緩和ケア病棟は、従来では「看取られる場所」であったが、最近では、病院で看取られる患者（在宅に帰れない、帰ることを希望していない）もいるが、cureとcareを受け、体調の調整をして在宅に帰る患者も多いため、平均在院日数が短くなっている。今後、利用者ニーズに柔軟に対応するタイプの緩和ケア病棟の増加が望まれるが、これには確実に強固な地域連携が必要不可欠である。

4. 補完療法の試み

a 病院は、常勤のアロマセラピスト 3 名を有し、病院にサロンを併設させていた。アロマセラピーは入院患者に対して無料で行われており、不眠改善、リラックス効果、及び五感を刺激するため、等の治療目的で行われていた。

<a 病院；アロマセラピーサロン>



また、c 病院、1 病院ともにアロマを浮腫ケアに応用していた。

VI 入浴設備とマンパワー+α

患者にとって、清潔を保つ行為は身体的には衛生面で、精神的には自尊心を保つなど、社会生活上重要な意味をなす。末期のがん患者にとって排泄や入浴の自

立困難は大きなストレスである。

病状と本人の意志により、入浴を希望すればどんな状況でも入浴またはシャワーができるよう支援できる施設環境の整備が望ましい。「膀胱留置カテーテルが入っている」、「褥瘡ができていいる」、「体力が低下して末期状態である」ことは理由にならず、本人の意志を尊重することは重要である。一般病棟では入浴することは困難と判断される状態の患者でも、緩和ケア病棟では機械入浴が可能である。入浴環境が整備されていること、マンパワーが確保されていること、それ以上に“医療者の意識”が異なることを感じさせられる。緩和ケア病棟の看護師達は、そのような患者の希望に添って入浴を実施し、翌日満足して安らかに旅立たれた患者が多数いることを語っていた。

<1 病院>



<c 病院>



表 2 JCQHC の緩和ケア機能自己評価調査票 “療養環境と患者サービス”

Pc3 療養環境と患者サービス	
Pc3-1 案内や患者・家族への対応が適切である	Pc3-1-1 患者、家族の状況にあわせて適切なマナーで接している Pc3-1-2 家族ケアを配慮した対応が適切である Pc3-1-3 必要な案内が表示されている
Pc3-2 バリアフリーに配慮された環境である	Pc3-2-1 障害者が施設を利用しやすいように十分に整備されている
Pc3-3 患者のプライバシーに配慮した環境・設備である	Pc3-3-1 外来診察室・病棟面談室の環境は、プライバシーが守られるようになっている
Pc3-4 療養環境・設備が快適なものである	Pc3-4-1 病棟の内部、外部ともにきれいで整頓された環境に保たれている 患者がホスピス・緩和ケア病棟で心地よく過ごせるように温度・湿度・明るさ・色・芸術品の設置などへの配慮が行き届いている Pc3-4-2 (電話、TV、ラジオ、冷蔵庫、新聞、音楽、図書、インターネット、採光・彩色・騒音への配慮、空調、防音、脱臭等) Pc3-4-3 療養生活をおくる上で必要な設備や備品が準備されている Pc3-4-4 療養生活を豊かにするための物品や環境に配慮されている Pc3-4-5 面談者が、ホスピス・緩和ケア病棟内で面談しやすくなっている Pc3-4-6 ホスピス・緩和ケア病棟は「禁煙」方針を守っている
Pc3-5 療養生活を有意義にするための対応がされている	Pc3-5-1 療養生活を有意義にするための季節の行事や外出、外出への対応がされている

D. 考察

1. 緩和ケア機能評価の“療養環境と患者サービス”

財団法人日本医療機能評価機構(JCQHC)は“病院機能評価”事業で有名である。機能評価を受けた病院側のメリットは診療報酬増収に直接影響することである。平成20年4月1日現在で、緩和ケア病棟の施設基準は病院機能評価を受けていることが必要で、「付加機能評価」はオプションである。付加機能評価を受けるには評価体系病院機能評価 Ver.3.1以降の認定が不可欠である。しかしこれを受けなくても緩和ケア病棟の加算はできる。

付加機能評価である「緩和ケア機能自己評価調査票」は、①ホスピス・緩和ケア病棟の運営②患者の尊厳・プライバシーと安全の確保③療養環境と患者サービス④ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアのプロセス⑤人材・資源のマネジメントの5つで構成されている。この中の③療養環境と患者サービスの項目について抜粋した表を作成した(表2)。Pc3-4-2「患者にとっての心地よい療養環境」についての項目があり三段階評価(a~c)で回答する。1つの質問評価項目に“電話やテレビ”などの備品から、“音楽”、“図書”、“採光・彩色”、“騒音への配慮”、“空調”、“防音”、“脱臭”を含めて、1つの質問項目になっていることは残念である。

これらの項目は、独立した質問項目に

すべきと考える。自己評価調査票にこれらの項目が明記されることは、これらを改善することは必要な視点であることを意識させることになる点で効果的である。

しかし、細項目をもっと充実させる必要性が示唆される。

2. がん患者遺族からみた緩和ケア病棟の療養環境評価

安藤ら³⁾が示した「がん患者遺族からみた緩和ケア病棟の療養環境評価」では、医療従事者の対応評価、利用満足度、交通の利便性と病棟施設整備に対する評価などが主軸の評価項目であった。ホスピスや緩和ケアユニットを利用できる患者は数パーセントであることから、希望して利用できた患者の遺族からの緩和ケア病棟の評価はとても高いものとなっていた。緩和ケア病棟利用者本人からの療養環境評価は必要であるが、研究実施は倫理面などから難しいことが予測される。

3. 療養環境評価への提言

病棟にとどまらず、ユニバーサルな療養環境を考えていく必要があるだろう。共通項目と、特化した機能を持つ病院病棟に対する項目の2段階構造が理想である。

よりよい療養環境を考えると、多数を占める療養者のニーズを確認すると共に、特殊な疾患や障害(視覚、聴覚、身体、精神など)を持つ人、ライフステージを考慮した人(妊婦、高齢者、小児など)などのニーズを明確にしていけば、繊細な評価項目が浮かび上がると考える。

a 病院から、治療効果を向上のため、目的に応じた療養環境づくりが重要であることが明確になった。中山⁶⁾は「建築とは床・壁・天井・屋根の創作であり、環境(気温・明るさ・水)をコントロールする技術の導入である。(中略)様々な活動を入れる器としての『空間』と、活動の連続性を担保する『空間のまとまり』、そこでの『活動プログラム』そのものを創作している」と述べている。

また、ナイチンゲールの「看護覚え書き」では、「看護とは、新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静けさを適切に整え、これらを活かして用いること、また食事内容を適切に選択し適切に与えること。こういったことのすべてを患者の生命力の消耗を最小にするように整えることを意味すべきである」とある。

医療者は療養者のニーズを把握だけでなく、「患者の生命力の消耗を最小にするように整える」点と、「目的に応じた療養プログラム提供」の点から、療養環境整備をする必要がある。そのためには医療従事者と非医療従事者の専門集団と療養者で構成されたチームにより、療養環境構想及び療養環境評価項目について課題抽出を行うべきである。

備品などは目に見えて評価しやすい項目であるが、音、空気・水、温度湿度、採光・彩色などは感じにくいものであり五感を研ぎ澄ませないと見逃してしまう視点でもある。

療養環境グランドデザインにおける提言として、療養環境整備は療養者の生命の質・生活の質(QOL)に直結するということを医療者は自覚すべきである。この療養環境に対する医療者の意識向上の必要性が最重要課題であるといえる。

E. 結論

12箇所の病院(がん拠点病院10箇所、他病院2箇所)を見学したデータベース1235枚の写真と記述データを基に、「がん患者療養環境」に対しての提言となる項目を抽出した。

1.情報環境では、①アクセスしやすい相談支援センター②がん関係の冊子・ちらし

のディスプレイ③図書コーナーの充実④インターネット環境の整備が必要。

- 2.標識は言葉だけでなくマークも取り入れる。
- 3.心地よい音とそうでない音を区別し、音を出さない工夫が必要。
- 4.“におい”には「臭い」と「匂い」があり、「臭い」は出さずに排除し、「匂い」は調整が不可欠である。
- 5.“光、自然”をうまく取り入れることは療養環境を豊かなものにする。
- 6.“新しい医療”では①ホテルクオリティのルームサービス②日常生活密着型リハビリテーション③在院日数の短い緩和ケア病棟④補完療法の試みがある。
- 7.入浴設備の充実と入浴実施への医療者の意気込みが患者のQOLを上げる。
- 8.療養環境評価項目は追加修正が必要。
- 9.療養環境改革において、五感を駆使した視点を重視することと、療養環境に対する医療者の意識向上の必要性は最重要課題である。

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

なし

H. 文献

- 1)久保田秀男(2001).患者に選ばれる病院づくり,じほう,東京.
- 2)シンシア・レイブロック(2004).ヘルスケア環境のデザイン—世界の事例にみるその思想と細部設計,彰国社,東京.
- 3)安藤詳子ら(2003).がん患者遺族から見た緩和ケア病棟の療養環境,日本看護医療学会雑誌,5(1),9-16.
- 4)松瀬房子(2005).ターミナルケアにおけるホスピス(緩和ケア病棟)と在宅ケアの比較検討—末期がん患者のターミナルケアに関する聞き取り調査から—,ホスピスと在宅ケア,13(3),225-232.
- 5)財団法人日本医療機能評価機構ダウンロード,付加機能調査,自己評価調査票,緩和ケア機能.
<http://jcqhc.or.jp/html/download.htm#module>
- 6)中山茂樹(2005).療養環境に資する病院構築とは,看護管理,15(10),821-827.

リハビリテーション病院における環境整備のための基礎研究

—利用者に配慮した設計、リハビリテーションに適した環境とは—

研究分担者 川崎和男（大阪大学大学院工学研究科）
研究協力者 金谷一朗（大阪大学大学院工学研究科）
研究協力者 土井彰一（大阪大学大学院工学研究科）

研究要旨

- S リハビリテーション病院を見学することによって以下の知見を得た。
- ・外観や内装においては、病院として一般的な白っぽさを回避し、また様々な照明器具、間接光、直接光、自然光を組み合わせることによって病院特有の重苦しい雰囲気や和らげることができる。
 - ・病院内スタッフの分業化によって患者の効率的で的確なケアを実現できる。
 - ・魅力的なアメニティーの使用により、日常的に行う動作をリハビリテーションに取り入れることができる。
 - ・ハードとしての病院建築の設計により患者の導線を制御することで、食事の際のレストランへの移動をリハビリテーションの一環とすることができる。

A. 研究目的

リハビリテーションとは、障害を持った人が生活していく手段を得るためのアプローチの総体を示す。その語源はラテン語で、re（再び）+habilis（適した）、すなわち「再び適した状態になること」「本来あるべき状態への回復」などの意味を持つ。他に「権利の回復、復権」「犯罪者の社会復帰」等の意味合いがある。WHO（世界保健機関）は、「リハビリテーションとは、能力障害あるいは社会的不利を起す諸条件の悪影響を軽減させ、障害者の社会統合を実現することを目指すあらゆる措置を含むものである。リハビリテーションは障害者を訓練してその環境に適応させるだけでなく、障害者の直接的環境および社会全体に介入して彼らの社会統合を容易にすることを目的とする。障害者自身、その家族、そして彼らの住む地域社会はリハビリテーションに関係する諸種のサービスの計画と実施

に関与しなければならない（1981）」と定義している。つまりリハビリテーションとは、「生活機能の改善・向上と社会復帰」を目的としたものであるといえる。

リハビリテーション病院は、リハビリテーションを行うための機能を持った病院である必要があり、その効果と効能を明確に示していなければならない。そのためには、高レベルの医療が必要であり、患者中心の医療が必要である。同時に、社会に復帰してゆくための実践の場であり、患者が日常生活に戻るための場なくてはならない。

B. 研究方法

リハビリテーション病院として、「リハビリテーションリゾート」という新たなコンセプトをもとにケアを行っているS病院の実態調査を行う。病院を見学するとともに病院理事長に聞き取り調査を行う。分析方法は、病院見学によって得

られた、病院空間の印象、患者の姿、また撮影した写真により、リハビリテーション施設の環境として配慮されているかどうかを記述分析する。また、その根拠となる写真を添付する。

(倫理面への配慮)

事前に病院理事長に了解を得て、実態調査を行う。写真撮影時は、患者の撮影を避け、必要最小限の見学範囲と最小限の時間で見学を行う。病室を見学する際は使用していない部屋を選んで行った。

C. 研究結果

I 施設概要

1. 病床区分

一般、その他回復期リハビリテーション

2. 病床数

172床：一般病棟 14床、回復期リハビリテーション病等 158床

3. 診療科目

内科・リハビリテーション科

4. 常勤医数／非常勤医数

7名／8名

5. 職員数

107名

6. 医療設備

CT、一般撮影

7. 看護基準

一般病棟(1.4対1または脳卒中ケアユニット)

回復期リハビリテーション病棟(3対1)

8. 病院のコンセプト

対象病院のコンセプトは「リハビリテーション・リゾート」という、新しい提案である。「病院」に在ることを忘れてほしい・従来の無機質で、冷たく、効率を優先した非日常の特殊な空間ではなく、心安らぐ豊かで穏やかな空間で心身ともにリラックスできることを目指している。生活すべてがリハビリテーションになるという考えに基づき、日常生活に近い生活ができるような配慮をしている。6人の家族が住まう住宅(病室)を最小ユニットにしており、浴室・キッチン・リビングを取り囲ん

でいる。脳卒中専門のリハビリテーション病院として、一日も早い社会復帰を目的に、食事や居場所の自由など、自分の意志で決定ができる環境を整え効果的にリハビリテーションが実践できる、全く新しい考え方の専門病院である。身体的ケアだけでなく、これまで置き去りにされがちだった精神的ケアもできる病院を目指している。「気づきの医療」をベースとし、「病院」そのものを変え、「リハビリテーション」の現実も変えていく。

9. 対象疾患

- 脳血管疾患(脳梗塞、脳血栓、脳出血、くも膜下出血等)の発症および手術後2ヶ月以内

- 大腿骨・骨盤・脊髄・股関節・膝関節の骨折、または手術後2ヶ月以内

- 外科手術や肺炎等の治療時の安静により生じた筋力等の低下が見られる状態で、発症後、または手術後2ヶ月以内

- 大腿骨・骨盤・脊髄・股関節・膝関節の神経・筋・靭帯損傷後1ヶ月以内

10. 入院費用

- 一般病棟：1日10,000円、
その他(アメニティー等)1日1,000円

- 回復期リハビリテーション病棟個室(トイレなし)：無料、
その他(アメニティー等)1日1,000円

- 回復期リハビリテーション病棟個室(トイレあり)：1日5,000円、
その他(アメニティー等)1日1,000円

- 回復期リハビリテーション病棟特別個室：1日15,000～70,000円、
その他(アメニティー等)1日1,000円

11. アメニティー

- タオル類
バスタオル、フェイスタオル、ハンドタオル

- 美容品類
歯ブラシ、歯磨き粉、ヘアブラシ、ヘアバンド、コットン、綿棒、ティッシュ

- お飲物セット
ティーバック、お茶バック

- 居室備品
ティーカップ、グラス、時計、ハン

ガー、常備灯、トートバッグ、ランドリー袋、病院案内

II リハビリテーション環境

1. 建築外観

病院らしくない病院ということ意識した外観となっている。周辺には住宅地があり、知らない病院であると気づかない。建物の色彩も病院の象徴的な特徴である白を使用せずベージュを用いており、レンガ調の壁面となっている(図1)。

2. エントランス

救急車、タクシーなどが停車できる十分なスペースが確保されている。外観の様子を踏襲しエントランスも病院色を感じさせない作りとなっている。これから入院する患者の心的な負担の軽減を考慮している(図2)。

3. ロビー

フロアは板張りのフローリングとなっており、清潔感がある。ホテルのフロントのようなカウンターで受付を行う。待合室はゆったりとくつろぐことができるように広くイスが配置され、一人掛け用のイスがメインで使われている。間接照明を利用した落ち着いた雰囲気 で病院特有の緊張感を無くしている(図3~図6)。

4. 廊下

廊下は間接照明により通常の病院よりも薄暗く感じるが、十分な明るさを確保している。また手すりも取り付け、廊下の幅も広く、廊下の移動もリハビリテーションの一環だという病院の方針が反映されている。ほとんどの廊下が窓に面し、自然光によって明るい雰囲気がつくられている(図7~図9)。

5. 案内表示

金属の立体的なピクトグラム、もしくは文字によるサインを使用していた。基本的に大きな表示は無く、また平面の色の薄いベージュと重なり見にくい場合があった。ピクトグラムの図象は分かりやすく、理解しやすいものとなっていた(図10~図13)。

6. 全体照明

建物全体において、白い蛍光灯の光はほとんどなく、暖色系の光が主として使われている。また直接光を照射するの

はなく、壁や天井に当てるなどして間接的な光を用いることによってやわらかい光線を作っていた。一定の明るさではなく、廊下、ロビー、階段など場所によって変化を持たせ、使用する照明器具も工夫されていた(図14~図15)。

7. 一般病棟病室

すべて個室となっている。窓が大きく明るい室内であった。プライバシーを守るため、病室の中が見えない木の扉を使用している。トイレ、洗面台が設定されている。洗面台は病院全体でガラスものが使用されている。酸素や空気の吸入口はベッド上部に取り付けられており、スライド式の扉によって隠すことができる。一般的に病室において必要な設備はすべてそろっている。

トイレ内の設備は最新のものを使用し、一般のホテルと比較して、広々と作られている。ベッドは病院の特注でロゴの入ったものが使用されており、布団も良質なものを使用している。毎日リハビリテーションの時間にルームキーパーが布団を変え清潔なものにする。またアメニティー類の交換も行う(図16~図22)。

8. 回復期リハビリテーション病棟病室

個室になっており、トイレ付きとトイレなしの部屋がある。共同の玄関の用なスペースがあり靴を脱いで上がるようになっている。部屋は洋室と和室が用意されている。

洋室はフローリングとカーペットとなっている(図23~図25)。

アメニティーを使用することがリハビリテーションの一環であるという考えのもと、多くのアメニティーが取り揃えられ、冷蔵庫も備え付けてある。お茶をいれる、歯を磨く、目覚まし時計をセットするなど多くの日常的動作の訓練の場となっている。また、外で買い物ができるよう、病院専用のバッグも用意されている。このことは和室においても同様である。和室の場合は畳の部屋にベッドが置かれている(図26~図29)。

共同のリビング・ダイニングルーム、風呂、洗濯機が用意されている。リビング・ダイニングルームは、大きなシステムキッチンが設置されており、買ってき

た素材で自由に料理ができる。大きな水槽も備え付けてあり、病院の中にいる感覚が全く消えてしまう空間として作られていた(図 30~図 35)。

9. 特別病室

すべてが屋上に集められている。また個室であり、3、4室程度が集まった一つの独立した建物となっている。病院の駐車場から直接屋上にアクセスできるエレベーターが設置されており、VIP用の部屋としても利用されている。室内はキッチン、ベッド、風呂と生活に必要なものはすべてそろっており、カラオケが設置されている部屋もある。各部屋には専用の庭もついている(図 36~図 43)。

10. 風呂

特別病室以外はすべて共同の風呂を利用している。掃除専属のスタッフが非常に清潔な状態を維持している(図 44~図 45)。

11. レストラン

大きな広い空間を利用して、開放感のある雰囲気になっている。患者の家族も一緒に食事ができるよう配慮され、スタッフも患者と一緒に食事をするようにしているという。レストランには専属のシェフがおり、アラカルトメニューになっている。メニューも豊富であった。お盆をとって並び、サイドメニューやメインを1品ずつ選び乗せてゆく。

患者は、部屋で食事をとることはなく、毎食(朝昼晩)とレストランまで歩いて食事をとりにくる。この移動も大切なリハビリテーションであり、また外の空気に触れることで季節感や、時間、天気を肌で感じるができる(図 46~図 50)。

12. ライブラリー

患者用の本は、廊下の一角に置かれている。本棚の前には机とイスが置いてあり、その場で読めるようになっており、貸し出し用のノートも設置されていた。本の種類はカテゴリー分けされており、哲学書、科学書、ばらばらマンガ、飛び出す絵本など、病気の本ではなく、大人が素直に興味を引かれるようなものが置かれていた(図 51~図 54)。

13. アロマセラピー

建物全体でアロマセラピストがこの病

院のために作ったというブレンドオイルが使われていた。自然な香りですっきりできるものであった。また、アロマセラピーが行われるリラクゼーションルームはベッドや様々な種類のオイルが用意され、本格的に医療、リハビリテーションでの取り組みを実践させようとしていた(図 55~図 58)。

III スタッフ業務環境

スタッフ間の業務の分担をはっきりさせている。看護師、理学療法士などの医療職以外に、ルームキーパーやアロマセラピストなどもその分野の専門職として機能させている。

また、ナースステーションや詰所等を設置せず、廊下の端等の少ないスペースで仕事やパソコン入力等を行う。また、携帯電話を利用した入力等も行っている。ナースステーションを設けないことにより、より患者を見る時間が増加する。また業務を分担することによってより細かなケアを実現している(図 59~図 60)。

D. 考察

I 病院とホテル

最近「病院らしくない病院」として「ホテルのような病院」が増加している。hospitalの語源である“hospitality=もてなしの心”を備えた最も身近な存在であるホテルに患者へのサービスや、アメニティー、環境のあり方を学ぼうというものである。その考え方の延長として、今回見学を行ったリハビリ病院も「リハビリテーションリゾート」というコンセプトを掲げ、ホテル病院を目ざしているといえる。

しかしここで考えなければならないことは、病院とホテルの共通点と相違点である。

共通点

- ・ お客様・患者をサービスする対象としていること
- ・ ある空間、建築の内部でサービスが行われること
- ・ 生活のできる設備が整っていること

相違点

- ・ ホテルは短期間の滞在であることに

対し、病院は長期間に及ぶ場合が多いこと

- ・ ホテルは主として夜間のみの利用であることに對し、病院は 24 時間であること
- ・ ホテルは一時期訪れる特別な場所である一方、病院は日常生活の延長であること
- ・ ホテルはイメージが重視される一方、病院は安全性、清潔感、明るさ等がより優先される。
- ・ ホテルの目的は最終的に利益を得ることであるのに対し、病院は病気を治すことなど福祉サービスが目的であること
- ・ ホテルはゆっくりと時間が流れ緊急性が少ない一方、病院は緊急性のある医療が求められること
- ・ プライバシーに関してホテルは完全に守られる必要があるが、病院はむしろ見守られている安心感が大切であること

以上のようにホテルと病院には共通点も存在するが、相違点も多く存在しており、上手くホテルの良い点を取り入れていく必要がある。

II 病院としての機能

S 病院は患者をサービスする存在として受け入れる意識を高く持っていると考えられる。リゾートのような病院として、アメニティーの充実や、ルームサービスは徹底して行われている。また空間作りも間接照明の多様や、家具の選定など細部までこだわっている。

しかし一方で患者の生活の延長上としての性質を通り越し、非日常の域までサービス過剰になっているとも考えられる。特にリハビリテーション病院は日常に戻るための病院であり、日常生活の延長としての機能が強く求められる。アメニティーによって日常動作を行うことでのリハビリや、レストランへの移動の際の歩行によるリハビリなど、部分的な日常を体験できるものの、根本的な部分は非日常的なサービスが行われていると考えられる。つまり、肉体的な面だけでなく、病院を出て自分の家に帰っても生活して

いける自信をつけることのできる空間となっていないということがいえる。外観的な要素はホテル並み、リゾートにいる気分になれるが、肝心な意味でのホテルのサービス精神を取り入れる事ができていないために、一方通行のサービスとなっていることが感じ取れる。

III リハビリ病院としての機能

ここでリハビリテーション病院という位置づけについて考える。病院は日常の延長として存在すべきであるということ述べたが、リハビリテーション病院は、日常に復帰するための場であり、短期間の滞在を経て、生活能力を得ることを目的としている。そういった意味で、ホテルと病院の完全にはないが中間的存在であると言える。リハビリテーション・リゾートという空間は、日常から大きく離れることなく生活でき、ホテル並みのホスピタリティーを得ることのできる空間として有効であるといえる。

しかし、ホテル、リゾートという要素を追い求めすぎることによって、非日常的要素が過剰となり、退院し日常生活に戻ることに對し、拒否反応を起し、リハビリテーションの本質である、社会への復帰を可能にするという機能を欠落させる結果を生むと考えられる。ここでもやはりサービス過剰や、一方通行のサービスは逆効果を生んでいる。

IV アメニティー

リハビリテーションとアメニティーの使用という観点からも、ホテルのようなおしゃれなものを用意することによって、患者の“使いたい”という意思を引き出すことに成功し、アメニティーが非日常と日常の架け橋としての機能を果たしていると考えられる。

このように、アメニティーが、患者にとっての日常的な動作を誘発することと、リハビリテーションのための、身体的な動作を誘発することを同時に可能にしていることが分かる。

V 病院らしい病院

病院における建築というハード面にお

いては、明るく清潔で、分かりやすい、疲れにくい、安心などの患者の回復への期待を育む空間としてのイメージが必要である。そして運用としてのホスピタリティーを機能的に支えることが求められている。一方ケア、サービスというソフト面においては、ホスピタリティーを示し、人と人とのコミュニケーション、インタラクティブなサービスが実践されなければならない。そういう面でホテルから学ぶことは多い。病院らしさを失うことなく、病院くささを消し去ることは本当の目標であると考えられる。

VI スタッフの分業

S 病院ではこれまでの病院において看護師が行ってきた、医療行為以外の業務（掃除やアメニティーの交換等）に専用のスタッフを設けることによって、医療スタッフのより細やかなケアを可能にしている。アロマセラピストやルームキーパーをもうけ、互いにチームを作ってケアを行うことによって、より専門性を高め適切な医療、ケアを行うことができる。また分業は、個々のスタッフの専門領域の業務に専念させる事ができ、スタッフのモチベーションの維持、向上に、効果を発揮すると推察される。

以上のように、分業を行うことによって、医療の質を高め、患者へのサービスの向上のために有効的な手段であるといえる。一方でコストの面で相応の負担がかかり、すべての病院に置いて適応は難しいと考えられる。

E. 結論

S 病院の見学を行い、近年増加するホテルのような病院をうたった病院の実態について以下の知見を得た。

- ・ 外観や内装においては、病院として一般的な白っぽさを回避し、また様々な照明器具、間接光、直接光、自然光を組み合わせることによって病院特有の重苦しい雰囲気や和らげる事ができる。
- ・ 病院内スタッフの分業化によって患者の効率的で的確なケアを実現できる。

また、リハビリテーションを行う病院としてのあり方についても以下の知見を得た。

- ・ 患者にとって魅力的なアメニティーの使用により、日常的に行う動作をリハビリテーションに取り入れることができる。
- ・ ハードとしての病院建築の設計により患者の動線を制御することで、食事の際のレストランへの移動をリハビリテーションの一環とすることができる。

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

なし

H. 文献

- [1] 久保田秀男 (2001), 患者に選ばれる病院づくりー設計者と患者の立場からー, じほう, 東京
- [2] 久保田秀男 (2003), 病院の改築と運営改善のヒント, じほう, 東京



図.1 建築外観



図.2 エントランス



図.3 受付



図.4 待合スペース (1)



図.5 待合スペース (2)



図.6 待合スペース天井



図.7 廊下 (1)



図.8 廊下 (2)